

Adolescenti in gravidanza

FEDERICA SCRIMIN¹, ALICE SORZI¹, FEDERICO FARNETI², LUCA RONFANI³

¹Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, ²Direzione Sanitaria, ³Servizio di Epidemiologia, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Le adolescenti sono (in teoria) materia del pediatra. Le adolescenti gravide, e le gravidanze dell'adolescente, costituiscono un problema che dovrebbe interessare in (quasi) uguale misura il pediatra e l'ostetrico.

Dalla cronaca: "Quindicenne rumena partorisce in autobus. Ricoverata al Burlo, viene presto raggiunta dal marito diciannovenne". Lo scenario delle nostre sale parto negli ultimi anni è molto cambiato. Chi sono queste giovanissime? Hanno caratteristiche comuni o a loro volta esprimono contesti sociali, culturali, psicologici diversi? Come si relaziona con loro il nostro sistema sanitario in termini di qualità ed efficacia?

In accordo con l'OMS consideriamo adolescenti tutte le giovani donne tra i 14 e i 19 anni. I dati ISTAT 2006¹ e la relazione del Ministero della Salute e delle Politiche Sociali sull'attuazione della legge per la tutela sociale della maternità e l'interruzione della gravidanza (2009)² ci forniscono informazioni aggiornate. Rispetto alla distribuzione delle nascite in funzione dell'età in Italia si registra una continua lenta diminuzione delle nascite da madri minorenni. Dal 1995 al 2006 la diminuzione supera il 24% (da 3142 a 2372). Accanto a questo si osserva invece in Italia un aumento delle nascite da donne adolescenti straniere (Figura 1). I dati storici dei tassi di natalità in adolescenti (15-19 anni), riferiti ad alcune nazioni, sono riportati in Figura 2.

Nelle donne straniere il comportamento riproduttivo è più precoce: il tasso di fecondità a 17 anni è superiore al

ADOLESCENT PREGNANCIES

(*Medico e Bambino* 2011;30:94-98)

Key words

Teenager, Motherhood, Delivery, Risk factor, Socioeconomic condition

Summary

Background - Unintended pregnancies among adolescents represent an important public challenge in developed and developing countries. However, there is uncertainty whether risks associated with teenage motherhood are attributable to biological factors, lifestyle or socioeconomic conditions.

Objectives - The aim of this study was to assess the effect of young age on obstetric risk factors, in conditions of free high standard maternity care.

Methods - 89 pregnancies of girls from 15 to 19 years old, who delivered between 2005 and 2009, were evaluated. Data were collected from hospital register and regional database.

Results - Adolescent pregnancy rate was significantly higher in foreign than in Italian women ($p=0.001$). Teenage mothers had fewer Caesarean sections and instrumental deliveries than adults ($p=0.001$).

Conclusions - Adolescent pregnancies can be divided into two age-related groups: between 15 and 17 years old the girls are mainly Italians in low socioeconomic conditions, between 17 and 19 years the girls are mainly foreigners reproducing their own cultural and reproductive behaviours. Although our numbers are small, our data confirm the low incidence of obstetric pathologies among adolescents.

20/1000. La giovane straniera che giunge in Italia porta con sé comportamenti culturali e familiari dei Paesi di provenienza. L'OMS³ stima che ogni anno, nei Paesi in via di sviluppo, partoriscono 14 milioni di adolescenti di età compresa tra 15 e 19 anni.

Sulla fecondità agiscono fattori diversi: sociali, culturali, economici, psicologici, legati profondamente alla tradizione e ai modelli dei Paesi di origi-

ne. Tutto ciò richiede al medico che si relaziona oggi in Italia, con le adolescenti e i loro problemi di fertilità, una buona capacità di ascolto, associata ad attenzione verso il contesto culturale di provenienza³⁻⁶.

Non tutte le gravidanze delle adolescenti sono "indesiderate": questo contribuisce a rendere più complesso il ruolo del medico e del servizio sanitario. Il modello organizzativo dei sistemi

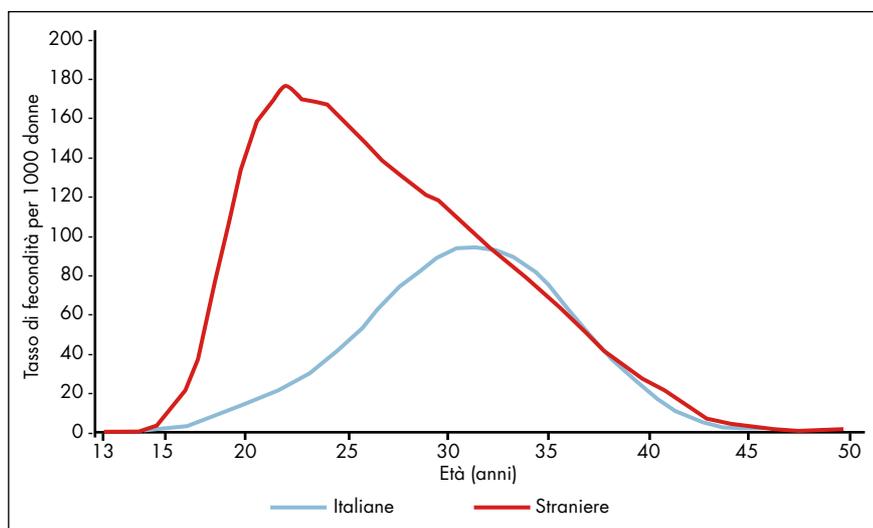


Figura 1. Tassi di fecondità specifici per età e cittadinanza delle donne residenti in Italia. Anno 2006 (valori per 1000 donne).

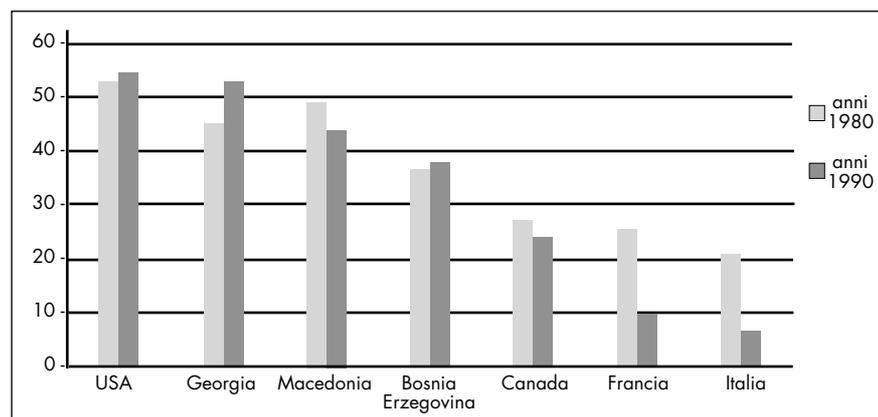


Figura 2. Tassi di natalità in adolescenti tra 15 e 19 anni, in alcuni Paesi sviluppati e dell'Est Europa (valori per 1000 donne).

sanitari sembrerebbe essere importante sull'incidenza delle gravidanze "indesiderate"^{7,8}.

La gravidanza nell'adolescente è di per sé una "gravidanza a rischio"?

L'efficacia dei sistemi sanitari incide sulla prognosi di queste gravidanze, rendendo complesso valutare se la giovane età sia di per sé un fattore di rischio^{5,6}. Gli studi maggiori infatti sulle gravidanze precocissime (14-15 anni) provengono dai Paesi più poveri⁹. Uno dei fattori di confondimento nella valutazione dei rischi è la parità: la condizione di primigravida è di per sé associata a un aumento di patologia e a parto più complicato indipendentemente dall'età³.

L'unico dato su cui tutti gli studi

concordano è che le adolescenti soffrono più frequentemente di anemia^{10,12}. L'anemia, nei Paesi poveri, dove si associa a un aumentato rischio di partorire figli di basso peso, è una delle più importanti cause di mortalità materna⁹. Nei Paesi ricchi l'anemia, pur presente, non comporta maggiori complicanze materne o fetali¹¹.

Per quanto riguarda il parto, i dati si discostano molto tra Paesi ricchi e Paesi poveri: nei Paesi poveri troviamo nelle giovani una più alta incidenza di parti cesarei o operativi e maggiori complicanze gravi come fistole vescicali, vaginali, rettali. Queste osservazioni sembrerebbero interessare la gravidanza delle giovanissime (sotto i 16 anni) e i Paesi in cui si praticano mutilazioni genitali¹³⁻¹⁷.

La mortalità materna nelle giovanissime (10-14 anni) è 5 volte maggiore nei Paesi in via di sviluppo, mentre nei Paesi ricchi la mortalità è così bassa che il rischio specifico in funzione dell'età non è calcolabile.

In Finlandia le gravide adolescenti, una volta corretti i fattori di rischio sociali, sembrano essere più sane delle primigravide in età più avanzata, il che porta gli Autori di diversi studi^{18,19} a sostenere che il loro sistema di cure materne-infantili è efficace nel contrastare una prognosi ostetrica poco favorevole sia grazie alle sue misure preventive capillari sia per la buona pratica clinica¹⁰.

Un imponente studio effettuato negli Stati Uniti arriva a conclusioni diverse, indicando che nel loro Paese la gravidanza nelle adolescenti è associata a una prognosi peggiore, progressivamente più importante con il diminuire dell'età materna²⁰, anche dopo correzione dei fattori sociali confondenti.

Gli Autori concludono che la condizione di adolescente di per sé mette la gravida in condizione di rischio. Gli Stati Uniti presentano un tasso di gravidanze su minori molto alto, pari a 22/1000⁷, associato a un relativamente basso ricorso all'aborto. L'Inghilterra e i Paesi dell'Est europeo hanno tassi di gravidanze su ragazze di minore età superiori a 20/1000, discostandosi significativamente dagli altri Paesi europei.

Per quanto riguarda l'Italia, i dati numerici sono molto simili a quelli della Finlandia: abbiamo la stessa percentuale di ricorso all'aborto volontario e la stessa incidenza di gravidanze in madri adolescenti (8/1000 e 6/1000 circa). Molto diverso è invece l'indice di utilizzo della pillola contraccettiva, che in Italia resta molto basso. Come si accordino questi dati è difficile da spiegare.

Quali sono i fattori di rischio di gravidanza nelle adolescenti?

Nell'ambito dell'attività di monitoraggio della salute, la Commissione Europea ha fatto condurre nel 2007 due revisioni sistematiche della letteratura^{5,6}.

Macrofattori ben riconosciuti (alti livelli di evidenza) sono risultati essere: svantaggio socioeconomico, situazione familiare disagiata, basso livello di scolarità ed educazione, esclusione dal contesto sociale, Paesi di provenienza in cui il matrimonio sia precoce, tradizioni religiose rigide^{21,22}.

Microfattori (comportamenti individuali) come stili di vita poco attenti alla salute, scarse conoscenze in tema di salute sessuale, attitudine, sembrano incidere in modo meno importante, presentando negli studi bassi livelli di evidenza. Si ipotizza che violenza e mancanza di libertà incidano in modo diverso nel gruppo delle gravide di età molto bassa (14-16 anni)⁴. Limitata autonomia culturale, finanziaria, di spostamento costituiscono fattori di rischio²³⁻²⁶.

Se i fattori sociali sono dunque ben conosciuti, mancano studi ufficiali per un'analisi adeguata dei problemi individuali²⁷⁻²⁹.

LA NOSTRA CASISTICA

I dati delle donne che hanno partorito presso l'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste nel periodo 2005-2009 sono stati estratti dai data base della Regione Friuli Venezia Giulia (Sistema socio-sanitario direzionale regionale e Sistema informativo epidemiologico). Per quanto riguarda le pazienti di età minore o uguale a 19 anni che hanno partorito, i dati estratti dalle banche dati regionali sono stati integrati con le informazioni presenti sui registri della sala parto dell'Istituto.

Età

Nel periodo considerato sono state seguite nel nostro dipartimento **89 gravidanze**, esitate nel parto, in giovani donne di età inferiore o uguale a 19 anni, rispettivamente 45 straniere e 44 italiane. Il dato, in linea con quello nazionale, evidenzia come un importante contributo ai parti di adolescenti (50%) sia dato dalle straniere. Tra le donne adulte i parti da straniere sono invece il 20%. L'analisi della *Figura 3* evidenzia la presenza di due popolazioni differenziate probabilmente dal contesto

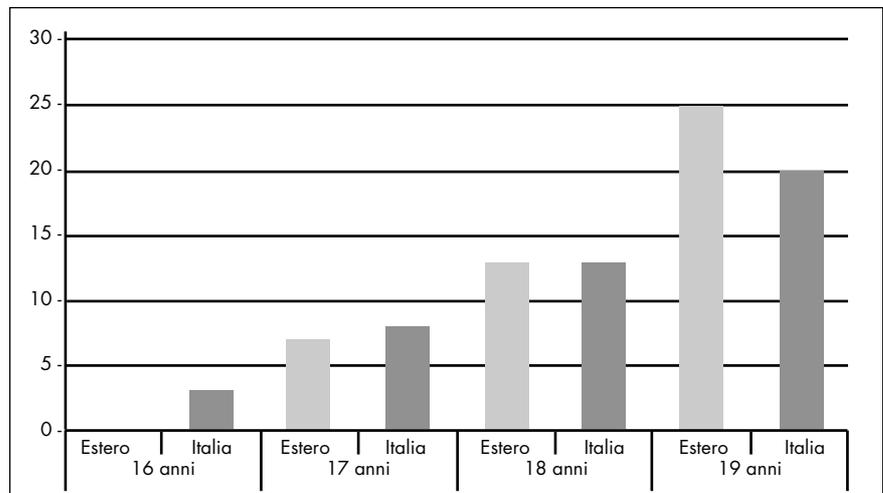


Figura 3. Pazienti straniere/italiane ed età, IRCCS "Burlo Garofolo", 2005-2009, modificata.

sociale e culturale. Le gravidanze precocissime sono di giovani italiane e riguardano una popolazione con elevato disagio sociale; le straniere entrano invece in gravidanza intorno a 18 anni, in linea col comportamento delle donne nei loro Paesi di origine.

Cittadinanza

Le donne che partoriscono in giovane età a Trieste provengono soprattutto dai Paesi dell'Est Europa, in particolare dalla Serbia e dalla Romania, in cui tradizionalmente i matrimoni sono molto precoci (*Figura 4*).

Fattori di rischio

Modalità del travaglio

Si osserva una minore percentuale di induzioni nelle donne di età inferiore o uguale a 19 anni rispetto a quelle con più di 19 anni (9% vs 14%) e una frazione di parti spontanei nettamente superiore (91% vs 62%).

Taglio cesareo

Il ricorso al taglio cesareo è minore nelle gravide con meno di 19 anni, in accordo con quanto riportato dagli Autori finlandesi per il loro Paese.

Se consideriamo insieme tutti i tipi di operatività (taglio cesareo, applicazione di ventosa ostetrica, travagli indotti, parti pilotati) rispetto ai travagli e parti spontanei, la differenza tra donne con 19 anni o meno e donne con più di 19 anni risulta statistica-

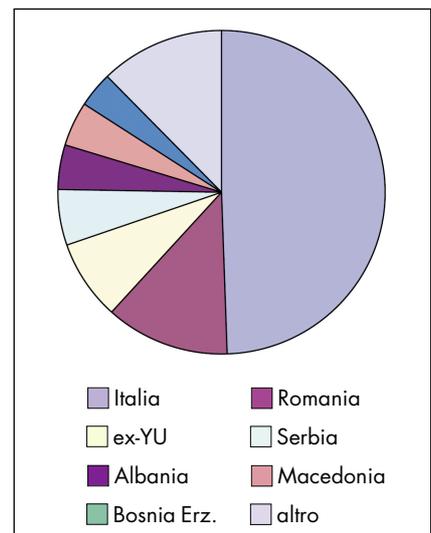


Figura 4. Provenienza delle minorenni straniere in gravidanza.

mente significativa ($p = 0,001$), le prime presentano un percorso più frequentemente fisiologico (*Figura 5*).

Peso neonatale

Tra i figli di donne di età inferiore o uguale a 20 anni non abbiamo avuto nel quinquennio 2005-2009 alcun neonato di peso inferiore ai 1500 g (rispetto all'1,85% nelle gravide con più di 19 anni).

Il primo gruppo mostra invece una frequenza maggiore di nati di peso superiore a 4000 g (13% vs 8%), anche se la differenza non è statisticamente significativa.

In Finlandia, invece, nella popola-

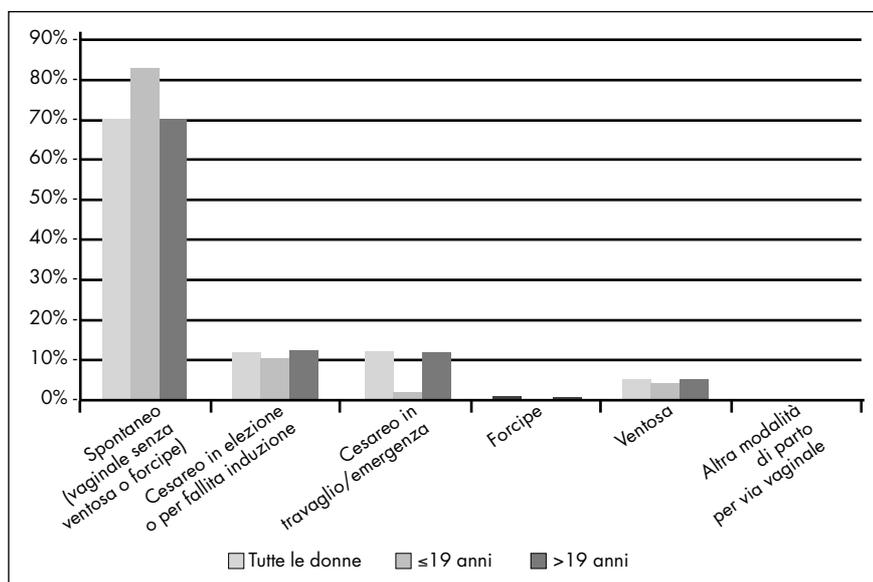


Figura 5. Modalità del parto e valori percentuali, per anno (IRCCS "Burlo Garofolo", 2005-2009), modificata.

UNA FINESTRA NEL MONDO

PARTO

Circa 15 milioni di donne tra i 15 e i 19 anni danno alla luce il 10% dei nati in tutto il mondo.

L'incidenza della gravidanza nell'adolescenza è sostanzialmente diversa a livello mondiale. Il tasso più alto di gravidanza in epoca adolescenziale si registra nei Paesi in via di sviluppo, quasi il 90% delle gravidanze avviene nelle regioni dell'Africa sub-sahariana, in alcune regioni dell'Asia e in America Latina. Il tasso di nascite per 1000 donne di età inferiore a 20 anni nei Paesi dell'Africa sub-sahariana ha una media di 140 e varia da un minimo di 45 in Mauritius a un massimo di 229 in Guinea. Nel Sud-Est asiatico il tasso medio di nascite per 1000 donne di età inferiore a 20 anni è 56, varia da 4 in Giappone a 115 in Bangladesh. In America Latina il tasso medio è 78, varia da 56 in Cile a 149 in Nicaragua.

Tra i Paesi sviluppati il più alto tasso di incidenza di gravidanze in età adolescenziale si registra negli Stati Uniti. Il tasso medio di gravidanze per 1000 donne di età inferiore a 20 anni è di 83,6, il tasso medio di aborti è di 29,2 e il tasso medio di nascite è 54,4, con sostanziali differenze tra stati.

In Canada, il tasso medio di nascite per 1000 donne di età inferiore a 20 anni è 24,2. I più bassi tassi si registrano nel Nord-Ovest Europa. In Europa il tasso medio di nascite per 1000 donne di età inferiore a 20 anni è 25, varia da 4 in Svizzera a 57 in Bulgaria. È "inspiegabilmente" molto alto in Inghilterra, al punto che il governo si sta domandando se i sussidi per ragazze madri (alloggio gratuito e sostegno economico fino al 14° anno del bambino) non giochino come fattori favorevoli.

In Italia si registra un calo di nascite da madri minorenni, con una diminuzione del 24% dal 1995 al 2006 (da 3142 nascite da madri minorenni nel 1995 a 2372 nel 2006).

zione di adolescenti, si ritrovano meno obesità e meno diabete materno, e il peso neonatale è nella media generale.

Altri problemi legati alla gravidanza

Nessuna delle donne in gravidanza con età inferiore o uguale a 19 anni ha presentato ipertensione o diabete gestazionale. Una ha presentato corion-ammionite.

Tre neonati hanno presentato patologia: un caso di ascite fetale, uno di gastroschisi, una sindrome adrenogenitale.

DISCUSSIONE

La sfera riproduttiva è strettamente legata alla cultura personale e della co-

munità di provenienza. Questo richiede al medico coinvolto una forte capacità di ascolto. D'altra parte, l'età di inizio dell'attività sessuale si sta progressivamente abbassando e c'è una progressiva diminuzione dell'età in cui le giovani iniziano ad avere rapporti sessuali, insieme a uno scarso ricorso alla contraccezione efficace⁴. La progressiva diminuzione dell'età in cui avviene il primo rapporto sessuale, associata a scarse conoscenze, potrebbe portare presto l'Italia a dati simili a quelli di altri Paesi. Sia i dati nazionali che i nostri evidenziano come il fenomeno interessa gruppi diversi di giovani in funzione dell'evolversi dell'età e della provenienza: da una parte le giovanissime (sotto i 16 anni) sono più frequentemente italiane, in situazione di grave esclusione sociale. Alcune delle nostre pazienti avevano avuto una gravidanza "indesiderata", ma se ne erano accorte troppo tardi per poterla interrompere. Più avanti con l'età le nostre pazienti avevano avuto gravidanze iniziate in modo indesiderato, ma "desiderate" successivamente. Su queste pazienti incide meno il fattore esclusione sociale: a 17 anni 4 su 8 frequentavano le scuole superiori.

Le straniere tra i 18 e i 19 anni costituiscono un mondo troppo eterogeneo per permetterci una valutazione. Le giovani serbe e rumene sono un gruppo più omogeneo, provenendo in realtà da due città principali in cui tradizionalmente i matrimoni sono molto precoci, e sono in genere ben inserite nelle loro comunità.

La prognosi della gravidanza nell'adolescente a Trieste e in generale in Italia è buona. Anche nel nostro Paese, però, la giovane che va incontro a una gravidanza molto precocemente è esposta a un aumento di rischio sociale: violenza, abbandono scolastico, diminuite disponibilità economiche, negli anni subito successivi. Dal nostro campione non abbiamo informazioni sufficienti.

Che cosa interessa tutto ciò al pediatra? Pensiamo che questi dati debbano far parte anche della cultura del pediatra, per indurlo a identificare un suo ruolo. Determinanti nella relazione con le giovani sembrano infatti essere

MESSAGGI CHIAVE

- La gravidanza nelle adolescenti in Italia ha una prevalenza tra le più basse del mondo, variando dal 4 al 6/1000 a seconda delle Regioni.
- L'incidenza del fenomeno ha diverse motivazioni e diverse problematiche a seconda che la gravida provenga da culture dove il matrimonio è di regola precoce oppure che faccia parte di una società come la nostra, con tendenza alla disgregazione sociale.
- In Italia, dal punto di vista strettamente fisico, la gravidanza dell'adolescente non presenta un aumentato rischio materno o neonatale.
- La gravida adolescente ha un maggiore rischio di avere in futuro una bassa scolarità e un basso reddito, e di vivere successivamente situazioni di violenza.
- Il ruolo del pediatra nella prevenzione della gravidanza precoce diventa sempre più importante di fronte all'abbassarsi dell'età dei primi rapporti sessuali.

il facile accesso alle cure e quindi la capillarità e diffusione territoriale dei servizi. Sarebbe auspicabile una maggiore integrazione con i servizi territoriali per gli adolescenti: in Italia si fa ancora molta fatica a parlare della sfera genitale e riproduttiva, confinata rigidamente al mondo dei ginecologi. È raro che un pediatra parli di riproduzione con le sue giovani pazienti, informi dell'esistenza e divulghi gli indirizzi e i numeri di telefono dei consultori familiari di zona. In molte zone d'Italia, soprattutto nel Sud, i consultori familiari non sono così presenti. Può succedere che il genitore non condivida l'idea di inviare la figlia in consultorio nelle fasce di età più basse: l'accesso al pediatra può essere più facile e le giovani devono sapere che anche il loro pediatra è disponibile ad aiutarle. Se la capilla-

rità è alla base del successo, il pediatra è una pedina del sistema che ci può aiutare a mantenere contenuto il numero delle gravidanze indesiderate in adolescenti anche negli anni futuri, pur abbassandosi l'età dei primi rapporti sessuali.

Indirizzo per corrispondenza:

Federica Scrimin

e-mail: scrimin@burlo.trieste.it

Bibliografia

1. ISTAT. Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti. Anno 2006. 1 luglio 2008.
2. Ministero della Salute e delle Politiche Sociali. Relazione del Ministero della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione della gravidanza (legge 194/78). Roma, 28 luglio 2009.
3. WHO. Adolescent pregnancy - Unmet needs and undone deeds. Geneva, 2007.
4. De Seta F. I giovani e le malattie sessualmente trasmissibili. Portale IRCCS Burlo Garofolo. Non pubblicato.
5. REPROSTAT 1 (Reproductive Health Indicators in the European Union). Project co-financed by the European Commission (September 2001 - August 2003). Health Monitoring Programme.
6. Imamura M, Tucker J, Hannaford P, et al; on behalf of the REPROSTAT 2 Group. REPROSTAT 2: A systematic review of factors associated with teenage pregnancy in the European Union. Final Report. June 2006.
7. World Health Organization. Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. 2006.
8. Lawlor DA, Shaw M. Teenage pregnancy rates: high compared with where and when? *J R Soc Med* 2004;97:121-3.
9. Zabin LS, Kiragu K. The health consequences of adolescent sexual and fertility behaviour in sub-Saharan Africa. *Stud Fam Plann* 1998;29:210-32.
10. Scholl T, Hediger ML, Belsky DH. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. *J Adolesc Health* 1994;15:444-56.
11. Scholl TO, Hediger ML. Anaemia and iron-deficiency anaemia: compilation of data on pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr* 1994;59(2 Suppl):492S-500S.
12. Scholl TO, Hediger ML, Fischer RL, Shearer JW. Anaemia vs iron deficiency: increased risk of preterm delivery in a prospective study. *Am J Clin Nutr* 1992;55:985-8.
13. World Health Organization. Issues in adolescent health and development: Adolescent pregnancy. Geneva, 2003.
14. Bacci A, Manhica GM, Machungo F, Bugalho A, Cuttini M. Outcome of teenage pregnancy in Maputo, Mozambique. *Int J Gynaecol Obstet* 1993;40:19-23.
15. Kelly J, Kwast B. Epidemiologic study of vesico-vaginal fistulas in Ethiopia. *Int Urogynecol J* 1993;4:278-81.
16. UNFPA. International obstetricians meet to combat hidden diseases of obstetric fistula. Press release, 2001.
17. Mpangile G, Leshabari M, Kihwele D. Induced abortion in Dar-es-Salaam, Tanzania: the plight of adolescents. In: Mundigo AI, Indriso C (Eds). Abortion in the developing world. New Delhi, Vistaar Publishers - World Health Organization, 1999:387-403.
18. Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, Heinonen S. Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *Eur J Public Health* 2006;16:157-61.
19. Kumbi S, Isehak A. Obstetric outcome of teenage pregnancy in north-western Ethiopia. *East African Med J* 1999;76:138-40.
20. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol* 2007;36:368-73.
21. Oakley A, Fullerton D, Holland J, et al. Sexual health interventions for young people: a methodological review. *BMJ* 1995;310:158-62.
22. Darroch JE, Singh S, Frost JJ. Differences in Teenage Pregnancy Rates Among Five Developed Countries: The Roles of Sexual Activity and Contraceptive Use. *Fam Plann Perspect* 2001;33:244-50.
23. Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsens M. Barriers to prenatal care in Europe. *Am J Prev Med* 2001;21:52-9.
24. Olausson PO, Cnattingius S, Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:116-21.
25. Dietz PM, Gazmararian JA, Goodwin MM, Bruce FC, Johnson CH, Rochat RW. Delayed entry into prenatal care: effect of physical violence. *Obstet Gynecol* 1997;90:221-4.
26. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA* 1992;267:3176-8.
27. Hemminiki E, Blondel B; Study Group on Barriers and Incentive to Prenatal Care in Europe. Antenatal care in Europe: varying ways of providing high-coverage services. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;94:145-8.
28. Richardus JH, Graafmans WC, Bergsjø P, et al. Suboptimal care and perinatal mortality in ten European regions: methodology and evaluation of an international audit. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003;14:267-76.
29. Lewis G. Why Mothers Die 1997-1999? The Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom, 2001.